

DEPARTMENT OF INSURANCE
CONSUMER SERVICES AND MARKET CONDUCT BRANCH
CONSUMER SERVICES DIVISION
300 SOUTH SPRING STREET, SOUTH TOWER
LOS ANGELES, CA 90013
www.insurance.ca.gov
CSD-001
Rev. 4/11/2014



SOLICITUD DE ASISTENCIA

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono Durante el Día: ( ) \_\_\_\_\_
Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono Alternativo: ( ) \_\_\_\_\_
Ciudad/Zona Postal \_\_\_\_\_ Dirección de Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado si es diferente a su nombre: \_\_\_\_\_

Tipo de seguro: Auto [ ] Casa [ ] Vida/Anualidad [ ] El cuidado a Largo Plazo [ ] Otro [ ] \_\_\_\_\_

El nombre completo de la compañía de seguro involucrada: \_\_\_\_\_

Numero de la póliza: \_\_\_\_\_ Numero de reclamo: \_\_\_\_\_

Fecha en que la perdida ocurrió o principio (si es aplicable) \_\_\_\_\_

Corredor/Agente (si es aplicable) \_\_\_\_\_ Número de licencia de Corredor/Agente \_\_\_\_\_

El numero de teléfono del Corredor/Agente: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico del Corredor/Agente: \_\_\_\_\_

Corredor/Agente Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Zona Postal \_\_\_\_\_

¿Se ha comunicado con la compañía, agente o corredor? Si [ ] No [ ]

Si la respuesta es si, por favor de proveer la fecha(s) y el nombre de la persona(s) comunicada \_\_\_\_\_

¿Ha reportado esto a alguna otra oficina del gobierno? Si [ ] No [ ]

El nombre de la Agencia: \_\_\_\_\_

Fecha de notificación: \_\_\_\_\_ Número de archivo \_\_\_\_\_

¿Ha escrito anteriormente al Departamento de Seguros referente a este caso? Si [ ] No [ ]

Número de archivo (si está disponible) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

¿Hay representación de un abogado sobre esté asunto? Si [ ] No [ ]

¿Se ha presentado una demanda? Si [ ] No [ ]

¿Hay algún juicio en acción prevaeciente en esté caso? Si  No  *Si es si, nosotros podríamos deferir la investigación regulatoria hasta que finalice el pleito. Pedimos que complete este formulario para poder tener constancia de su asunto. Una vez concluido el asunto, aceptaremos cualquier información relacionada a violaciones de la ley por parte del asegurador que usted o su abogado estén dispuesto a proveer.*

Brevemente describa cual es su problema (use papel adicional si es necesario):

¿Qué considera usted como una solución satisfactoria a su problema?

Para que podamos comenzar nuestra investigación efectivamente, proporcione toda la documentación acreditativa que pueda tener en relación con este asunto, junto con su *Solicitud de Asistencia*.

Documentación de apoyo (por ejemplo, copias de la correspondencia entre usted y la compañía de seguros / corredor-agente; página declaración de su póliza de seguro, cheques cancelados, cartas de denegación de la reclamación, etc.)

Si usted desea dar autoridad a alguien que le ayude a presentar la *Solicitud de Asistencia*, por favor complete el formulario de *Autorización y Designación del Agente*.

**POR FAVOR LEA:**

**Entiendo que se le proporcionará una copia de este formulario y toda la documentación presentada al titular de la licencia que participan en esta *Solicitud de Asistencia*.**



\_\_\_\_\_  
(Firma)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

**State of California  
Department of Insurance  
Autorización y la Designación de un Agente**

- Si usted desea dar a alguien la autoridad para asistirlo en la presentación de su queja por favor complete las partes A y B siguientes.
- Si usted es un padre o tutor legal que está presentando esta queja a un niño menor de 18 años, no es necesario completar este formulario.
- Si usted está presentando una queja de un consumidor que no puede completar este formulario y que tiene la autoridad legal para actuar en nombre de este consumidor, por favor complete la Parte B solamente. También enviará una copia del poder notarial para decisiones de atención de salud o cualquier otro documento legal que dice que usted puede tomar decisiones para el consumidor.

**PARTE A: Reclamante**

Yo permito que la persona nombrada abajo en la parte B que me ayude en la realización de una queja presentada ante el Departamento de Seguros de California. Autorizo al Departamento de Seguros de California para compartir mi información personal con la persona nombrada a continuación en la Parte B. Esto puede incluir información acerca de mi condición médica (s) y la atención si es aplicable, y puede incluir el tratamiento de salud mental, tratamiento contra el HIV o pruebas, tratamiento de alcohol y drogas, u otra información salud.

Entiendo que sólo la información relacionada con mi queja será compartida.

Mi aprobación de esta asistencia es voluntaria y tengo el derecho de terminar con ella. Si yo quiero que termine, debo hacerlo por escrito.

Nombre de Reclamante (Imprimir) \_\_\_\_\_

Reclamante Firma  \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**PARTE B: Persona Que Asista Al Reclamante**

Si procede, nombre de la Organización (letra de imprenta)

\_\_\_\_\_

Nombre de la Persona que Asiste (letra de imprenta)

\_\_\_\_\_

Firma de la Persona que Asiste  \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Relación con Reclamante

\_\_\_\_\_

Número de teléfono durante el día \_\_\_\_\_ Teléfono de noche \_\_\_\_\_

Se adjunta Mi Poder Notarial para decisiones de atención médica u otro documento legal.

Devuelve el formulario completo al California Department of Insurance, Consumer Services Division, 300 S. Spring Street, Los Angeles, Ca 90013. Si usted tiene alguna pregunta, el Departamento puede ser alcanzado en (800) 927-4357, fuera de California (213) 897-8921.